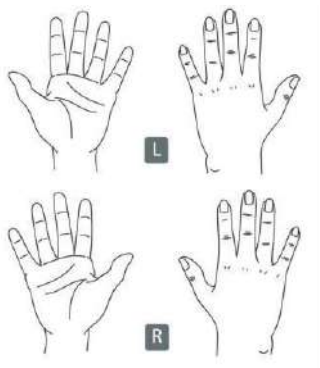


手首・手・手指の痛みやしびれ

名前 _____

痛みのある所に印をつけてください



※ 全ての記入をお願い致します

① 症状はいつからですか？ _____月 _____日から

② 症状が出たきっかけや原因はありますか？

_____ なし

③ この症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい 医療機関名 _____

治療内容 _____

④ 当てはまる症状にチェックをしてください。

圧痛 腫脹 発赤 しびれ

手・指の方 ↓

< 指が曲がったまま戻らない・バネのようになる > いいえ はい

< 朝に手がこわばり、動かしにくい感じがする > いいえ はい

< 家族にリウマチの方がいる > いいえ はい

手首の方 ↓

< 親指を中にグーにして手首を小指側に曲げる時 > 痛くない 痛い

< 希望の治療内容 > 内服 湿布 塗り薬 注射 リハビリ